PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2010-2015

Pour un meilleur état de santé et de bien-être

de la population du Bas-Saint-Laurent

Québec

PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2010-2015

Pour un meilleur état de santé et de bien-être

de la population du Bas-Saint-Laurent

Québec

PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2010-2015

Pour un meilleur état de santé et de bien-être

de la population du Bas-Saint-Laurent

Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent
Québec

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
288, rue Pierre-Saindon, bureau 115
Rimouski (Québec) G5L 9A8
Téléphone : 418 724-5231
Télécopieur : 418 723-1597
www.agencesssbsl.gouv.qc.ca

Plan adopté par le conseil d'administration le 16 juin 2010

Plan approuvé par le ministère de la Santé et des services sociaux le 14 mars 2011

Production
Direction des affaires institutionnelles, juridiques et des communications

Édition
© Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010
ISBN : 978-2-923362-36-6 (version imprimée)
978-2-923362-37-3 (version PDF)

Dans cet ouvrage, la forme masculine est utilisée sans discrimination dans le seul but d'alléger le texte.

PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2010-2015

Pour un meilleur état de santé et de bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent

Table des matières

LISTE DES ACRONYMES 6

MESSAGE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL 7

AVANT-PROPOS 8

LA MISSION, LES VALEURS ET LA VISION STRATÉGIQUE 9
- La mission 9
- Les valeurs 9
- La vision stratégique pour le Bas-Saint-Laurent 10

LE CONTEXTE AU BAS-SAINT-LAURENT 12
- Les caractéristiques sociodémographiques 12
- Les particularités dans l'organisation des services 14
- Les particularités dans l'état de santé et de bien-être 14

LES ENJEUX, LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET LES OBJECTIFS RÉGIONAUX 16

LES ENJEUX CLINIQUES 16
- Enjeu 1 : L'action concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être 16
- Enjeu 2 : La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services 17
- Enjeu 3 : Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services 24
- Enjeu 4 : La qualité des services et l'innovation 27

LES ENJEUX ADMINISTRATIFS ET TECHNOLOGIQUES EN SUPPORT AUX ENJEUX CLINIQUES 29
- Enjeu 5 : La mise en réseau des services de santé et des services sociaux 29
- Enjeu 6 : Le développement de la mission universitaire médicale au Bas-Saint-Laurent 31
- Enjeu 7 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines 32
- Enjeu 8 : Le développement des systèmes d'information en support à l'offre de service 34

UN ENJEU TRANSVERSAL SUR LA PERFORMANCE 35
- Enjeu 9 : La performance globale du système de santé et de services sociaux 35

LE PLAN D'IMPLANTATION 38

CONCLUSION 39

ANNEXE 1 : RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DU BAS-SAINT-LAURENT 41
ANNEXE 2 : SOMMAIRE DES ENJEUX, OBJECTIFS, INDICATEURS ET CIBLES 43

LISTE DES ACRONYMES

CH	Centre hospitalier
CAUR	Centre affilié universitaire régional
CJ	Centre jeunesse
COSMOSS	Communauté Ouverte et Solidaire pour un monde Outillé Scolarisé et en Santé
CR	Centre de réadaptation
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DRMG	Département régional de médecine générale
DSQ	Dossier de santé du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PACS	Picture Archiving and Communication System
PAR	Plan d'action régional
PCFI	Plan de conservation fonctionnelle immobilier
PDI	Plan directeur immobilier
PEI	Plan évolutif immobilier
RLS	Réseau local de services
RUIJ	Réseau universitaire intégré jeunesse
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
UQAR	Université du Québec à Rimouski

MESSAGE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Le projet de planification stratégique 2010-2015 qui vous est proposé a été élaboré au cours des derniers mois dans un contexte où les ressources financières disponibles pour offrir les services sont limitées, la disponibilité des ressources humaines doit être une préoccupation constante et les attentes de la population envers notre réseau sont grandes.

Heureusement, le réseau de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent compte sur une organisation déconcentrée sur le territoire où les relations de proximité entre les établissements, leurs partenaires et la population sont adéquates. Élaborer une planification stratégique dans un tel contexte constitue une occasion d'améliorer l'accessibilité, la qualité et l'efficience des services offerts.

Pour la réalisation de la planification stratégique 2010-2015, l'Agence, en plus de prendre en compte les éléments de contenu identifiés dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (article 346.1), a pris en considération les recommandations énoncées par le Vérificateur général du Québec dans son rapport de 2007-2008. Ce rapport portant sur la gouvernance des agences et des établissements fait en effet ressortir la nécessité d'une plus grande intégration des planifications et des ententes de gestion entre les paliers nationaux, régionaux et locaux.

Cet enjeu de cohérence, l'Agence a tenu à le considérer dès les premières réflexions qui ont mené au présent document afin d'encadrer la réalisation de cet exercice et ainsi éviter de créer des attentes hors de notre portée.

Outre ces éléments de contexte, c'est en prenant appui sur notre connaissance actuelle des travaux nationaux, et en considérant les particularités du Bas-Saint-Laurent, que nous proposons des enjeux, des orientations, des objectifs et des indicateurs de résultats qui nous apparaissaient devoir guider les actions du système de santé et de services sociaux de la région au cours de la période 2010-2015.

L'exercice de consultation, mené ce printemps par l'Agence, pour valider le contenu proposé se situe au niveau de l'ensemble du réseau régional afin de dégager des objectifs communs qui sont prioritaires, qui font consensus et qui peuvent être actualisés dans toute la région au cours de la période couverte par cette planification.

AVANT-PROPOS

Depuis le regroupement des établissements de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent en huit instances locales et la création de réseaux locaux autour de ces mêmes instances en 2004, des efforts particuliers ont été faits pour améliorer l'accessibilité et la continuité des services, principalement pour les clientèles visées par les quatre projets cliniques :

- les jeunes en difficulté et leur famille;
- les personnes à risque ou aux prises avec des problèmes de santé mentale;
- les personnes à risque ou atteintes de maladies chroniques ou de cancer;
- les personnes à risque ou en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Ces efforts se sont traduits par une transformation et un ajustement des services spécifiques à ces clientèles, mais également par la bonification des services généraux de première ligne s'adressant à toutes les clientèles.

La *Planification stratégique 2010-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent* s'inscrit dans la poursuite des efforts antérieurs et les paramètres de la planification stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Aucune modification de structures, au regard de la constitution des huit instances locales existantes, n'y est prévue. La proximité des décideurs des centres de santé et de services sociaux (CSSS) des populations locales nous semble très favorable au sentiment d'appartenance, tant des usagers que des employés envers leurs établissements. Dans ce contexte, nous relevons le défi d'améliorer l'offre de service tout en augmentant la performance globale de notre réseau.

Nous retenons des enjeux cliniques, des enjeux administratifs et technologiques en support aux enjeux cliniques et un enjeu transversal sur la performance du réseau régional de santé et de services sociaux.

LA MISSION, LES VALEURS ET LA VISION STRATÉGIQUE

La mission

La mission de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent consiste à maintenir et améliorer l'état de santé et de bien-être de sa population et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, les organismes communautaires et les professionnels qui dispensent les services. Des fonctions spécifiques lui sont confiées par la Loi sur les services de santé et les services sociaux dans six volets :

- la coordination des services (art. 352 à 370),
- la gestion des ressources (art. 376 à 385),
- l'allocation des ressources (art. 350-351),
- la santé publique (art. 371 à 375),
- l'organisation des services (art. 346 à 349),
- les priorités de santé et de bien-être (art. 346-346.0).

Les valeurs

Les valeurs préconisées par l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent dans ses interventions et ses relations avec ses employés et ses partenaires sont :

- le respect,
- la qualité,
- la responsabilisation et l'imputabilité,
- l'esprit de collaboration,
- la cohérence,
- l'équité.

Le respect est une valeur fondamentale de la vie en société. Il s'exprime par la considération à l'égard des autres, de leurs idées et de leurs opinions. Sans respect, il est difficile sinon impossible de créer un véritable réseau avec l'ensemble des partenaires. L'Agence accorde une valeur primordiale au respect de ses employés, des citoyens, des groupes, des organisations et établissements avec lesquels elle entre en contact.

Le souci de la qualité doit être omniprésent dans les interventions de l'Agence. La qualité ne doit pas être vue dans le sens étroit de la seule compétence professionnelle liée à un acte auprès d'un client ou d'une organisation, mais dans une vision plus large comprenant des attributs de pertinence, d'efficacité et d'efficience.

Le sens que nous donnons à la valeur de responsabilisation suppose un engagement de l'Agence de gérer les ressources de manière responsable dans l'optique d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Nous devons améliorer la capacité du système de répondre aux besoins des citoyens. L'imputabilité est le vis-à-vis de la responsabilité. L'Agence, tout comme ses partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, doit rendre compte des engagements pris.

L'esprit de collaboration, tant entre individus qu'entre organisations et établissements, est nécessaire pour effectuer des améliorations à l'offre de service de santé et de services sociaux au Bas-Saint-Laurent. L'Agence entend prôner ces rapports de collaboration avec les citoyens et avec l'ensemble des partenaires de même qu'entre ces derniers. Les établissements ne sauraient en effet conclure des ententes de services bonifiant les réseaux locaux de services sans cette valeur de collaboration.

La crédibilité d'une organisation se bâtit sur la cohérence, c'est-à-dire sur la concordance entre le discours, les écrits et les interventions et sur le respect des engagements. On comprend aussi que la confiance des partenaires soit liée à la cohérence. L'Agence portera donc un soin particulier au développement de cette valeur dans son organisation.

L'équité réfère à un traitement juste. Elle suppose donc que les façons de faire de l'Agence ne créent pas d'injustices envers les individus ou les organisations et tendent à les corriger, le cas échéant. Cette valeur s'applique autant dans la gestion et l'organisation que dans la dispensation des services de santé et des services sociaux.

La vision stratégique pour le Bas-Saint-Laurent

> *« Une vision stratégique est une représentation du futur souhaité, à la fois rationnelle et intuitive, englobante et prospective »* [1]

La vision donne un sens à l'organisation elle-même, mais est également source de sens pour le personnel qui y oeuvre quotidiennement. Elle doit permettre aux employés de mieux comprendre la signification de leurs tâches. La vision donne donc un sens au travail de chaque personne. Elle doit être inspirée et inspirante, ce qui suppose qu'elle comporte un idéal à atteindre. Elle est à la fois une source de sécurité, un peu à la manière d'un phare, et une motivation pour avancer dans le changement.

---

[1] CARON, A., et R.P. MARTEL. *La vision stratégique du développement culturel, économique, environnemental et social*, Québec, ministère des Affaires municipales et des régions (MAMR), 2005, 38 p.

Ce que nous souhaitons comme organisation de services de santé et de services sociaux au Bas-Saint-Laurent en 2015, c'est un réseau régional qui assume pleinement sa responsabilité d'amélioration de l'état de santé et de bien-être de sa population et qui pour ce faire :

- *excelle dans l'accessibilité, la continuité et la qualité des services, assurant à la population un appui et un accompagnement dans le processus de sa prise en charge;*
- *offre aux personnes y œuvrant un environnement de travail sain et valorisant;*
- *mise sur une organisation de services de première ligne décentralisée dans chacun des huit RLS, tout en hiérarchisant ces services avec les services spécialisés régionaux et suprarégionaux;*
- *préserve son offre de service par des actions de réseautage et par une amélioration continue de sa performance.*

Le sens que nous donnons à la valeur de responsabilisation suppose un engagement de l'Agence de gérer les ressources de manière responsable dans l'optique d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Nous devons améliorer la capacité du système de répondre aux besoins des citoyens. L'imputabilité est le vis-à-vis de la responsabilité. L'Agence, tout comme ses partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, doit rendre compte des engagements pris.

L'esprit de collaboration, tant entre individus qu'entre organisations et établissements, est nécessaire pour effectuer des améliorations à l'offre de service de santé et de services sociaux au Bas-Saint-Laurent. L'Agence entend prôner ces rapports de collaboration avec les citoyens et avec l'ensemble des partenaires de même qu'entre ces derniers. Les établissements ne sauraient en effet conclure des ententes de services bonifiant les réseaux locaux de services sans cette valeur de collaboration.

La crédibilité d'une organisation se bâtit sur la cohérence, c'est-à-dire sur la concordance entre le discours, les écrits et les interventions et sur le respect des engagements. On comprend aussi que la confiance des partenaires soit liée à la cohérence. L'Agence portera donc un soin particulier au développement de cette valeur dans son organisation.

L'équité réfère à un traitement juste. Elle suppose donc que les façons de faire de l'Agence ne créent pas d'injustices envers les individus ou les organisations et tendent à les corriger, le cas échéant. Cette valeur s'applique autant dans la gestion et l'organisation que dans la dispensation des services de santé et des services sociaux.

La vision stratégique pour le Bas-Saint-Laurent

> *« Une vision stratégique est une représentation du futur souhaité, à la fois rationnelle et intuitive, englobante et prospective »* [1]

La vision donne un sens à l'organisation elle-même, mais est également source de sens pour le personnel qui y oeuvre quotidiennement. Elle doit permettre aux employés de mieux comprendre la signification de leurs tâches. La vision donne donc un sens au travail de chaque personne. Elle doit être inspirée et inspirante, ce qui suppose qu'elle comporte un idéal à atteindre. Elle est à la fois une source de sécurité, un peu à la manière d'un phare, et une motivation pour avancer dans le changement.

---

[1] CARON, A., et R.P. MARTEL. *La vision stratégique du développement culturel, économique, environnemental et social*, Québec, ministère des Affaires municipales et des régions (MAMR), 2005, 38 p.

Ce que nous souhaitons comme organisation de services de santé et de services sociaux au Bas-Saint-Laurent en 2015, c'est un réseau régional qui assume pleinement sa responsabilité d'amélioration de l'état de santé et de bien-être de sa population et qui pour ce faire :

- *excelle dans l'accessibilité, la continuité et la qualité des services, assurant à la population un appui et un accompagnement dans le processus de sa prise en charge;*
- *offre aux personnes y œuvrant un environnement de travail sain et valorisant;*
- *mise sur une organisation de services de première ligne décentralisée dans chacun des huit RLS, tout en hiérarchisant ces services avec les services spécialisés régionaux et suprarégionaux;*
- *préserve son offre de service par des actions de réseautage et par une amélioration continue de sa performance.*

LE CONTEXTE AU BAS-SAINT-LAURENT

Les caractéristiques sociodémographiques

Il est important de bien cerner les caractéristiques de la population pour laquelle nous planifions des services pour les cinq prochaines années. Devrons-nous desservir plus de personnes? Comment seront-elles réparties dans la région? Y a-t-il des groupes particuliers qui influenceront la demande de services?

Selon l'Institut de la statistique du Québec, il semble que la population de la région du Bas-Saint-Laurent qui a connu une baisse entre 1991 et 2006 sera relativement stable jusqu'en 2012 et connaîtra par la suite un léger déclin jusqu'en 2031[2]. On remarque d'ailleurs depuis 2005 une augmentation des naissances qui engendre un accroissement naturel positif dans la région, c'est-à-dire un solde positif entre les naissances et les décès.

La répartition de la population entre les différents CSSS de la région n'est toutefois pas statique. Entre la projection pour l'an 2015 et le recensement 2006, la proportion de la population régionale que l'on retrouve dans les territoires de CSSS varie dans les extrêmes, de -0,5 % à + 0,9 % ce qui représente 1 041 personnes de moins à desservir pour le CSSS du Témiscouata et 1 740 personnes de plus pour le CSSS de Rivière-du-Loup (tableau 1).

Tableau 1 - Répartition de la population dans les territoires de CSSS

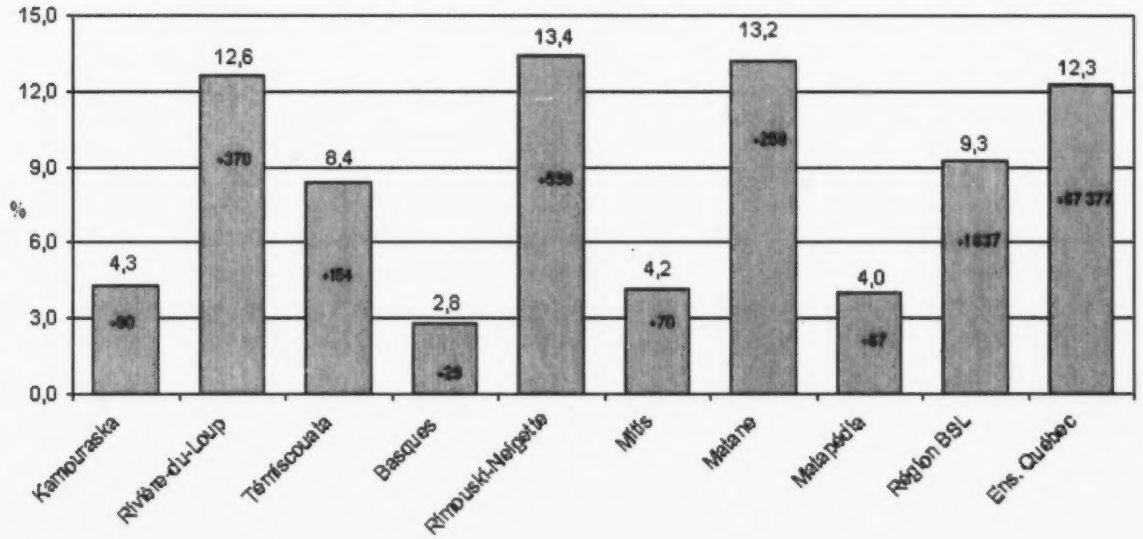
Territoires	Recense-ment 2006	% de la pop. rég.	Projec-tions 2015	% de la pop. rég.	Variation du nombre	Variation du %
Kamouraska	22 171	11,0	21 604	10,7	-567	-0,3
Rivière-du-Loup	33 566	16,7	35 306	17,6	+1 740	+0,9
Témiscouata	21 852	10,8	20 811	10,3	-1 041	-0,5
Basques	9 478	4,7	8 897	4,4	-581	-0,3
Rimouski-Neigette	53 522	26,6	54 567	27,2	+1 045	+0,6
La Mitis	19 383	9,6	19 578	9,7	+195	+0,1
Matane	22 345	11,1	21 948	10,9	-397	-0,2
La Matapédia	19 245	9,5	18 509	9,2	-736	-0,4
Région	201 562	100,0	201 220	100,0	-360	0,0

[2] INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056, www.stat.gouv.qc.ca (mise à jour 8 octobre 2009), p. 52-53.*

Les différentes strates d'âges qui composent la population régionale n'évolueront pas toutes selon les mêmes tendances. De fait, alors que le groupe des 0 à 14 ans et celui des 30 à 44 demeureront stables, celui des 15 à 29 ans connaîtra une diminution de 11 %. Également, le groupe des personnes de 45 à 64 ans, dans lequel on retrouve 75 % des aidants[3] connaîtra une diminution de 5 %.

Cette tendance au vieillissement de la population représente l'une des principales caractéristiques de la démographie du Bas-Saint-Laurent lorsqu'on la compare avec l'ensemble du Québec. Ainsi, pour la période 2010-2015, la représentation des personnes de 65 ans et plus dans la population de la région passera de 18 % à 23 % alors que pour l'ensemble du Québec, ces pourcentages seront respectivement de 15 % et 18 %. Pour la région, cela signifie un ajout de 7 663 personnes de 65 ans et plus. Il va sans dire que dans ce groupe des 65 ans et plus, c'est la part des 75 à 84 ans (541 personnes) et des 85 ans et plus (1 096 personnes) qui risque d'avoir un poids plus important sur la demande de services et non pas l'augmentation du groupe des 65 à 74 ans (6 026 personnes). La figure 1 illustre la variation de la croissance du groupe des 75 ans et plus dans les différents CSSS. Le poids du vieillissement se fera sentir de façon plus importante dans les CSSS de Rimouski-Neigette, Matane et Rivière-du-Loup où les 75 ans et plus connaîtront une croissance de leur population supérieure à 12 % pour la période 2010-2015. Au Québec, cette augmentation sera de l'ordre de 12 %.

Figure 1 – Croissance (%) de la population des 75 ans et plus, par territoire de CSSS, au Bas-Saint-Laurent et au Québec, 2010-2015



[3] CRANSWICK, K., et D. DOSMAN. *Soins aux aînés : le point sur nos connaissances actuelles. Tendances sociales canadiennes*, Statistique Canada, octobre 2008, p. 50-59.

Les particularités dans l'organisation des services

La population est dispersée sur 350 kilomètres de littoral et sur 100 kilomètres vers le Haut-Pays et les frontières du Nouveau-Brunswick et du Maine, ce qui représente un défi pour offrir une accessibilité adéquate aux services. La configuration des 8 CSSS correspond (à quelques exceptions près) au découpage des MRC. La population desservie par territoire de CSSS en 2010 ira de 9 250 personnes au CSSS des Basques à un peu plus de 54 000 personnes au CSSS de Rimouski-Neigette. Six des CSSS ont un centre hospitalier avec bloc opératoire et le CSSS des Basques comprend une salle d'urgence et une unité de court séjour (72 heures). Le CSSS de Rimouski-Neigette est le centre hospitalier de référence de la population du CSSS de La Mitis, et le CSSS de Rivière-du-Loup est le centre hospitalier de référence de la population du CSSS des Basques. Le nombre de lits d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie est en baisse au profit d'une intensification des services à domicile.

Des services spécialisés sont offerts par le Centre jeunesse (CJ) et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI). Certains services spécialisés sont fournis par des instances locales à des citoyens d'autres territoires, tels :

- les services hospitaliers des niveaux de deuxième et troisième lignes et les services de psychiatrie offerts par les CSSS de Rimouski-Neigette et Rivière-du-Loup;
- les services du Centre de réadaptation physique (CRDP), L'InterAction (CSSS de La Mitis) et les services du Centre de réadaptation en dépendance, L'Estran (CSSS de Rivière-du-Loup).

L'annexe 1 présente certaines caractéristiques des RLS du Bas-Saint-Laurent.

Les particularités dans l'état de santé et de bien-être

Les conditions de vie et le portrait de santé de la population s'améliorent depuis quelques années. La région a pu bénéficier d'un rehaussement des conditions socioéconomiques : la population est de plus en plus scolarisée, le marché du travail offre de meilleures perspectives et moins de familles vivent sous le seuil de faible revenu. Cela ne doit cependant pas occulter les conditions de vie difficiles des familles monoparentales dont la proportion atteignait 14 % dans notre région au recensement de 2006.

Si, pour certains indicateurs de santé mentale, la région affiche des taux comparables ou meilleurs que ceux de l'ensemble du Québec, il n'en est pas de même pour le taux annuel de suicide qui dans notre région atteignait pour les années 2006 à 2008, 18,5 par 100 000 habitants alors que ce taux était de 14,7 par 100 000 pour l'ensemble du Québec[4] Les données les plus récentes selon les sexes démontrent que chez les hommes, le taux annuel dans la région était de 37,5 pour 100 000 pour les années 2004 à 2006 (vs 24,7 pour l'ensemble du Québec).

---

[4] INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. *La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes, 1981 à 2008, 1er trimestre 2010, p. 13.*

Au chapitre des habitudes de vie, le tabagisme et la sédentarité durant les loisirs sont en recul, mais encore trop peu de personnes consomment suffisamment de fruits et légumes quotidiennement.

Le rehaussement de l'espérance de vie représente un gain de 4 ans par rapport à la situation de la fin des années 80 tant pour les hommes que pour les femmes. L'espérance de vie des femmes du Bas-Saint-Laurent était entre 2005 et 2007 de 83,5 années et celle des hommes de 77,7 années[5]. Le vieillissement de la population s'accompagne par ailleurs d'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques nécessitant soins et services.

Contexte régional :

- **une population régionale relativement stable;**
- **une décroissance de la population dans les CSSS plus ruraux accompagnée d'une augmentation dans les CSSS en milieu urbain;**
- **un accroissement du nombre de personnes âgées qui augmentera de façon inégale la pression sur la demande de services dans les CSSS;**
- **une organisation de services de première ligne très décentralisée;**
- **un état de santé et de bien-être qui s'améliore malgré un accroissement des maladies chroniques lié au vieillissement de la population.**

[5] Données de l'Institut de la statistique du Québec.

LES ENJEUX, LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET LES OBJECTIFS RÉGIONAUX

LES ENJEUX CLINIQUES

Depuis 2004, l'Agence de la santé et des services sociaux et les CSSS du Bas-Saint-Laurent priorisent quatre projets cliniques « clientèles » : les jeunes en difficulté et leur famille, les personnes à risque ou aux prises avec des problèmes de santé mentale, les personnes à risque ou atteintes de maladies chroniques ou de cancer et les personnes à risque ou en perte d'autonomie liée au vieillissement. Ces quatre projets cliniques résolument orientés vers les services de première ligne et la liaison avec les services de deuxième et troisième lignes comprennent également les interventions de prévention et de promotion de la santé structurées dans des continuums de services pour ces clientèles. Les actions sur les déterminants de la santé comprenant des actions intersectorielles y sont déjà présentes et maillées avec les autres interventions du Plan d'action régional en santé publique.

Au cours des prochaines années, en plus de poursuivre le travail autour des quatre projets cliniques préalablement mentionnés, l'Agence entend mobiliser le réseau pour réaliser une démarche du même type visant à préciser l'organisation des services et à revoir les trajectoires de services pour les personnes présentant une dépendance (alcoolisme, toxicomanie ou jeu pathologique) ou une déficience intellectuelle.

Également, un suivi sera assuré afin de finaliser les travaux amorcés quant à l'organisation des services de santé physique de première, deuxième et troisième lignes sous l'angle de la hiérarchisation de ces services.

Enjeu 1 : L'action concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être

Les déterminants sociaux ont une influence primordiale sur l'état de santé des populations, et le rapport de la Commission internationale de l'OMS sur les déterminants sociaux recommande en premier lieu d'améliorer les conditions de vie quotidienne des gens[6]. Le regroupement COSMOSS rejoint dans notre région la clientèle des jeunes et de leur famille, et ce, de la planification des naissances à 30 ans. Les enjeux sont de saines habitudes de vie, une intégration sociale viable et durable, une entrée scolaire réussie, la persévérance scolaire et la réussite éducative de même qu'une intégration professionnelle réussie. Des représentants du monde municipal, scolaire, de l'emploi et de la santé participent à ce regroupement et réalisent, dans chaque territoire local, des actions portant, entre autres, sur les conditions de vie quotidienne des gens, actions qui nous semblent très prometteuses d'un meilleur avenir pour nos jeunes. Nous entendons poursuivre cette intervention de développement des communautés, menée avec une approche de partenariat intersectoriel.

---

[6] COMMISSION SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ. *Combler le fossé en une génération*, OMS 2009, p. 2.

ORIENTATION 1

Consolider l'action sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être

Objectifs 2010-2015 :

- Mettre à jour le Plan d'action régional (PAR) de santé publique en conformité avec le Programme national de santé publique.
- Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de la 1re ligne en donnant priorité aux problèmes suivants :
  - Infections transmissibles sexuellement et par le sang
  - Habitudes de vie et maladies chroniques
  - Chutes chez les personnes âgées
  - Suicide
- Dans le cadre du développement de communautés en santé, optimiser les mécanismes de concertation et développer des actions de continuité des services visant à lutter contre la pauvreté, le décrochage scolaire et l'exclusion sociale des jeunes (de la planification des naissances à 30 ans), par le regroupement COSMOSS.
- Dans le cadre de l'offre de service aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et de consolidation des RLS, prévoir des actions visant la mise en place d'activités intersectorielles et concertées soutenant le vieillissement actif.

Enjeu 2 : La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services

Les services de première ligne regroupent deux grands types de services : les services généraux qui s'adressent à l'ensemble de la population et les services spécifiques qui s'adressent à des clientèles vulnérables (présentant des facteurs de risque) ou à des clientèles particulières (présentation des situations complexes faisant appel à des services de moyenne ou de longue durée).

Depuis cinq années, des efforts considérables ont été consentis pour améliorer les services spécifiques de première ligne, particulièrement par le biais des quatre projets cliniques en cours. Le rehaussement des services généraux ne fut pas pour autant en reste, comme en témoignent annuellement les rapports de gestion. Toutefois, le parcours ne sera pas complété avant que nous puissions parler d'une véritable intégration et d'une hiérarchisation des services.

Du côté des services généraux, l'accessibilité à un médecin de famille s'impose comme le premier maillon des services de première ligne. La proportion de citoyens de la région inscrite à un groupe de médecine de famille (GMF) était de 36 % au 1er avril 2010. Il reste un seul territoire de CSSS (sur 8) où le développement est à venir. Les plans d'effectifs médicaux en omnipratique ne sont actuellement pas complets, sauf dans 2 CSSS : Rimouski-Neigette et La Mitis. Le déficit en date du 19 janvier 2010 était de 26 postes. Le projet de développement d'un campus clinique satellite au CSSS Rimouski-Neigette, en collaboration avec les autres CSSS de la région et les régions de Gaspésie-Les-Îles et de la Côte-Nord, est amorcé et constitue une prémisse à la décentralisation de

la formation médicale en région. Ce projet qui devrait mener à la désignation du CSSS de Rimouski-Neigette à titre de centre affilié universitaire régional (CAUR) est fortement susceptible de contribuer au recrutement et à la rétention des effectifs. Par ailleurs, l'Agence a déjà entamé avec le Département régional de médecine générale (DRMG) et les CSSS une réflexion sur les axes d'intervention en services médicaux de première ligne afin de mieux desservir la population. L'intégration d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne fait partie des solutions envisagées.

ORIENTATION 2

Améliorer l'accès aux services médicaux de 1re ligne

Objectifs 2010-2015 :

- Doter tous les CSSS d'au moins un GMF.
- Augmenter la proportion de la population inscrite à un GMF.
- Soutenir l'intégration des professionnels autres que les médecins et les infirmières dans les GMF.
- Assurer une répartition équitable des médecins de famille en lien avec les travaux du PREM
- Intégrer progressivement des infirmières praticiennes spécialisées en soins de 1re ligne dans le continuum de soins.

Le service Info-Santé est également un élément indispensable dans la chaîne des services de première ligne et son utilisation croît d'année en année (augmentation de 12 % des appels entre 2007-2008 et 2008-009). Bien qu'incomplet, l'enregistrement des clientèles vulnérables y est commencé et les CSSS de la région n'offrent pas un service téléphonique accessible en tout temps pour les gens éprouvant des problèmes psychosociaux.

ORIENTATION 3

Maintenir et renforcer les services Info-Santé et l'accès à un service téléphonique pour les personnes éprouvant des problèmes psychosociaux

Objectifs 2010-2015 :

- Compléter l'inscription des clientèles vulnérables au service Info-Santé.
- Confirmer le mandat des CSSS pour l'accès téléphonique pendant les heures d'ouverture des services pour les personnes éprouvant des problèmes psychosociaux.
- Donner rapidement accès aux personnes éprouvant des problèmes psychosociaux à un service téléphonique, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, selon une formule optimale en tenant compte de la disponibilité de l'expertise, de l'imputabilité des CSSS et des marges de manœuvre financières requises.

Du côté des soins infirmiers courants, la proportion d'usagers qui y ont eu recours durant l'année 2008-2009 est comparable à la moyenne provinciale (6,9 % vs 7,1 %) et l'intensité moyenne par individu est plus grande dans notre région (3,4 interventions vs 2,9). Pour leur part, les services psychosociaux courants ont un taux de pénétration deux fois plus élevé dans notre région que dans l'ensemble du Québec, soit 1,6 % (vs 0,8 %), avec un taux moyen d'interventions supérieur à celui du Québec. Cette offre de service comparable ou supérieure à celle du Québec nous permet raisonnablement de croire qu'il n'y a pas de lacune majeure dans ces types de services.

Au-delà de la gamme et du volume des services, l'arrimage entre les services généraux de première ligne et les services spécifiques de première ligne s'adressant à des clientèles particulières nous apparaît mériter une attention soutenue. Pour une meilleure continuité des services, il est essentiel que le passage entre les services médicaux de première, deuxième et troisième lignes soit très fluide.

Les personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer ont bénéficié dans les dernières années d'une organisation des services mieux centrée sur leurs besoins qui appelle toutefois des améliorations supplémentaires. Dans l'ordre de ces améliorations, des modalités d'interventions structurées dans des suivis systématiques apparaissent comme incontournables. Des travaux en ce sens sont déjà en cours avec les cliniciens, soutenus notamment par des perspectives intéressantes du côté des ressources informationnelles. À cet effet, la possibilité de doter la région de suivis systématiques informatisés intégrés aux différents systèmes d'information actuellement disponibles est une voie sur laquelle la région est résolument tournée. Cette avenue est par ailleurs directement en lien avec les recommandations du rapport 2010 du Commissaire à la santé et au bien-être[7].

Le pharmacien dans la communauté est un professionnel de première ligne dont le rôle est actuellement en évolution. L'adoption de la loi 90 élargit considérablement le rôle du pharmacien pour en faire un important maillon, entre autres, dans la surveillance et l'ajustement de la thérapie médicamenteuse. Dans l'optique d'un meilleur accès et d'une meilleure continuité des services de première ligne, nous entendons mettre à profit ce nouveau rôle du pharmacien, principalement dans la communauté.

---

[7] COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2010). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010. L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitorage*, 4 volumes dont une analyse portant sur les maladies chroniques.

ORIENTATION 4

Assurer la continuité des services dispensés aux clientèles atteintes de maladies chroniques ou de cancer

Objectifs 2010-2015 :

- Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un suivi systématisé.
- Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et leurs proches.
- Optimiser progressivement le rôle du pharmacien dans la communauté dans un contexte de collaboration interprofessionnelle.
- Assurer la fluidité et la continuité des services médicaux entre la 1re, la 2e et la 3e ligne.
- Renforcer le rôle des infirmières de GMF et assurer la participation des infirmières praticiennes spécialisées au continuum de soins de manière coordonnée avec les infirmières impliquées dans les cliniques d'enseignement et en suivi systématique.

Concernant la clientèle des jeunes en difficulté, malgré une diminution du nombre d'enfants dans la région, le nombre de signalements reçus et retenus a augmenté entre 2007-2008 et 2008-2009 de 7 %. La moitié des signalements retenus l'ont été pour des motifs de négligence. En 2008-2009, il y a eu 528 signalements retenus pour cette cause, ce qui constitue une augmentation de 16 % par rapport à l'année antérieure. Le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent mise dans ses orientations 2008-2012 sur un meilleur arrimage avec les organisations et les ressources du milieu et l'établissement de mécanismes d'accompagnement vers les services de première ligne. Du côté des CSSS, un programme d'intervention en négligence sera progressivement implanté de concert avec le Centre jeunesse dans une perspective de continuum de services de la promotion - prévention à la réadaptation.

De plus, il est convenu que pour résoudre des problématiques complexes, l'action intersectorielle est requise, notamment avec le réseau de l'Éducation, et ce, afin de soutenir les jeunes en difficulté.

ORIENTATION 5

Assurer la continuité des services aux jeunes en difficulté

Objectifs 2010-2015 :

- Intervenir de façon concertée, par le biais d'ententes et de mécanismes d'accès, afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté.
- Favoriser la continuité des soins et la stabilité des liens pour les enfants placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Pour les adultes ayant des troubles mentaux graves, des ajustements ont été faits et se poursuivront pour augmenter les services de soutien d'intensité variable permettant une meilleure intégration à la communauté.

Pour les personnes présentant un problème de dépendance, l'offre de service régionale actuelle est principalement assumée par le Centre de réadaptation L'Estran, relevant du CSSS de Rivière-du-Loup. Bien qu'accessible dans chacun des territoires de CSSS, l'offre de service pour ces personnes presque essentiellement assurée dans une optique de services spécialisés sera précisée et les trajectoires de services seront revues dans une perspective d'accessibilité et de continuité entre les services de base et les services spécialisés.

ORIENTATION 6

Assurer la continuité de services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale et aux prises avec une problématique d'abus ou de dépendance

Objectifs 2010-2015 :

- Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de 1re ligne par une équipe interdisciplinaire et par une action intersectorielle concertée.
- Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves.
- Déterminer les mécanismes et les trajectoires de services pour assurer l'offre de service en dépendance, autant pour les services de base que pour les services spécialisés.
- Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins.
- Poursuivre la mise en place d'un réseau de services pour la clientèle jeune et la clientèle adulte présentant des problèmes de santé mentale dans chaque RLS.

Les données démographiques présentées au début de ce document sont éloquentes quant au vieillissement de la population dans la région du Bas-Saint-Laurent. L'Agence a entrepris avec ses partenaires plusieurs actions pour adapter les services de santé et les services sociaux aux besoins de cette clientèle, actions regroupées dans sa vision stratégique sur les services aux aînés en perte d'autonomie et plan de mise en oeuvre 2005-2010. Un virage important s'est effectué ces dernières années vers l'intensification des services à domicile et la diminution du recours à l'hébergement. Les aînés en perte d'autonomie sont ainsi mieux supportés et pour plusieurs, peuvent continuer à vivre chez eux.

Dans les prochaines années, le réseau devra poursuivre sur cette voie en s'assurant cependant que les conditions sont réunies pour que l'offre de service de soutien à domicile réponde à des critères stricts permettant d'assurer une sécurité et une qualité de services aux personnes qui les reçoivent, et ce, peu importe à qui ces services sont rendus. De même, des analyses de pertinence devront être réalisées afin d'assurer une utilisation optimale des ressources cliniques et financières consacrées tant au soutien à domicile qu'à l'hébergement des personnes en perte d'autonomie.

Par ailleurs, une des conditions favorisant le choix du domicile est le soutien aux proches aidants. Des services leur sont offerts, mais ne couvrent pas l'étendue des besoins. Nous entendons collaborer à la mise en place de mesures intersectorielles permettant de mieux soutenir les proches aidants.

Pour sa part, l'intégration des services s'est améliorée, mais n'est pas parfaite pour autant. La note reçue pour notre région, lors de l'évaluation faite en 2008 du degré d'atteinte des cibles d'un réseau de services intégrés, était de 32 %. Des efforts supplémentaires sont donc nécessaires pour assurer une véritable intégration des services et une adaptation des interventions professionnelles dans l'optique d'un maintien optimal de l'autonomie des aînés.

ORIENTATION 7

Améliorer l'intégration et la coordination des services offerts aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

Objectifs 2010-2015 :

- Poursuivre la mise en place des composantes d'un réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie dans chaque territoire de CSSS.
- Réviser le plan de mise en oeuvre régional 2005-2010, toujours dans l'optique d'un maintien ou d'un rétablissement optimal de l'autonomie des personnes en poursuivant :
  - prioritairement une implantation en milieu hospitalier tout en encourageant les initiatives favorisant une implantation dans les services en soutien à domicile incluant les services en centre de jour;
  - le rehaussement de l'offre de service aux personnes atteintes de déficits cognitifs et à leurs proches, et ce, dans une optique de suivi systématique;
  - la prévention des chutes.
- Collaborer à la mise en place de mesures intersectorielles soutenant les proches aidants.

L'autonomie des personnes présentant des pertes fonctionnelles liées au vieillissement ou à d'autres causes a été favorisée durant les dernières années par le développement de milieux de vie adaptés à leurs besoins et par une augmentation des services de soutien à domicile. Beaucoup restent cependant à faire en ce domaine, tant pour les personnes âgées que pour les personnes ayant des incapacités ou des problématiques spécifiques.

ORIENTATION 8

Améliorer l'accessibilité et la qualité des services de soutien à domicile et offrir des milieux de vie diversifiés et adaptés aux besoins des clientèles ayant des besoins spécifiques

Objectifs 2010-2015 :

- Définir dans un cadre de référence régional l'offre de service à domicile pour toutes les clientèles en précisant la contribution des usagers en concordance avec le cadre ministériel.
- Atteindre les cibles ministérielles sur la proportion des personnes rejointes par des services de soutien à domicile dans les différentes clientèles et sur l'intensité des services.
- Diversifier l'offre de service par le développement de milieux de vie communautaire adaptés aux clientèles ayant des besoins spécifiques.

Parmi les clientèles requérant des services spécifiques de première ligne, on retrouve les personnes nécessitant des services de soins palliatifs de fin de vie. Des travaux ont été menés pour traduire régionalement la *Politique ministérielle sur les soins palliatifs de fin de vie*. Un plan d'action régional préconise la disponibilité des services de soins palliatifs de fin de vie le plus près possible du milieu de vie des personnes, retient l'organisation des services de soins palliatifs à domicile comme une priorité et prévoit l'utilisation des espaces disponibles dans les établissements pour mettre en place un programme d'hébergement en soins palliatifs de fin de vie pour les personnes dont l'état de santé ou le soutien de l'entourage rend impossible le maintien à domicile.

ORIENTATION 9

Consolider l'organisation des services en soins palliatifs de fin de vie

Objectifs 2010-2015 :

- Assurer un continuum de dispensation de services en soins palliatifs de fin de vie dans chaque territoire de CSSS, quel que soit le lieu de dispensation des services, mais en favorisant le soutien à domicile.
- Rendre accessibles dans chaque territoire de CSSS des lits dédiés aux soins palliatifs de fin de vie pour la population du territoire en respectant les critères pour la désignation de tels lits.

Enjeu 3 : Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services

On conçoit facilement l'importance d'un accès aux services médicaux et chirurgicaux dans un délai raisonnable pour le rétablissement ou le maintien optimal de la santé des gens. Il va sans dire que cet accès est en fonction du nombre de médecins en poste, mais également de l'organisation des services médicaux.

ORIENTATION 10

Assurer une répartition et une organisation optimale des ressources médicales spécialisées

Objectifs 2010-2015 :

- Assurer une répartition équitable des médecins spécialistes en lien avec les travaux du PREM 5 ans
- Soutenir la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée dans son mandat d'organisation des services médicaux spécialisés.

Les délais sont respectés pour plusieurs types de chirurgie, mais des efforts supplémentaires sont requis principalement pour les séjours sur civière à l'urgence et les services hospitaliers spécialisés de deuxième et troisième lignes en santé mentale. L'accès rapide aux services médicaux spécialisés est un support important au bon fonctionnement de la première ligne et aux soins de qualité pour les clients. Des améliorations doivent être portées en ce sens. Tout comme elles sont également nécessaires pour diminuer les durées de séjour des personnes sur civière à l'urgence, principalement pour les personnes de 75 ans et plus et celles souffrant de problèmes mentaux.

ORIENTATION 11

Assurer l'accès aux services thérapeutiques et diagnostiques

Objectifs 2010-2015 :

- Assurer aux personnes en attente d'une chirurgie et inscrites au mécanisme central un accès dans un délai de 6 mois selon le type d'intervention.
- Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur de 28 jours.
- Réduire la durée des séjours sur civière à l'urgence en portant une attention particulière aux personnes de 75 ans et plus et aux personnes présentant des problèmes de santé mentale.

Dans la région du Bas-Sant-Laurent, 20 575 personnes présenteraient une incapacité selon les estimations de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ)[8]. De ce nombre, 48 % sont des personnes âgées de 15 à 64 ans et 3 % sont âgées de 14 ans et moins. Pour leur part, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 49 % des personnes ayant une incapacité. Cette même étude estime à environ 1000 le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle. Finalement, parmi les personnes présentant une incapacité, 18 % présenteraient une incapacité sévère et 28 % une incapacité grave. Les services à ces personnes, qu'elles présentent une déficience physique ou intellectuelle, sont sous la responsabilité des CSSS et des centres de réadaptation spécialisés en déficience intellectuelle ou en déficience physique.

Un délai raisonnable pour l'accès aux services spécialisés en réadaptation passe par une hiérarchisation des services qui tient compte tant des ressources du milieu que des besoins des clients et requiert une excellente collaboration entre les intervenants spécialisés et ceux de la première ligne. Des travaux ont été menés dans la région du Bas-Saint-Laurent pour clarifier les niveaux de services de réadaptation pour les gens ayant une déficience physique ou intellectuelle, mais demandent à être poursuivis pour traduire, dans la réalité de la dispensation des services, l'application des définitions de niveaux d'intervention et de nouveaux modèles d'organisation de services favorisant une pleine participation sociale des personnes ayant une déficience.

Parmi les personnes ayant une déficience, il y en a qui souffrent de multiples problèmes d'origines diverses. Pour ces personnes, il est nécessaire d'améliorer nos mécanismes de concertation afin que la prise en charge soit centrée sur les besoins de la personne plutôt que sur le profil des missions et programmes des établissements.

ORIENTATION 12

Assurer l'accès aux services de base et aux services de réadaptation pour les personnes ayant une déficience

Objectif 2010-2015 :

- Assurer un continuum de services favorisant une pleine participation sociale des personnes ayant une déficience par l'ajustement de l'offre de service.
- Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :
  - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours
  - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR
  - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an.
- Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et leur famille.
- Développer pour la clientèle multiproblématique un mécanisme de prise en charge centré sur les besoins de la personne allant au-delà des frontières des missions et programmes de chaque établissement.

---

[8] INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec. Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA).* Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de développement (2005). *Projections de population au 1er juillet, années 2001 à 2026, selon le territoire de CLSC, le sexe et le groupe d'âge.*

Enjeu 3 : Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services

On conçoit facilement l'importance d'un accès aux services médicaux et chirurgicaux dans un délai raisonnable pour le rétablissement ou le maintien optimal de la santé des gens. Il va sans dire que cet accès est en fonction du nombre de médecins en poste, mais également de l'organisation des services médicaux.

ORIENTATION 10

Assurer une répartition et une organisation optimale des ressources médicales spécialisées

Objectifs 2010-2015 :

- Assurer une répartition équitable des médecins spécialistes en lien avec les travaux du PREM 5 ans
- Soutenir la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée dans son mandat d'organisation des services médicaux spécialisés.

Les délais sont respectés pour plusieurs types de chirurgie, mais des efforts supplémentaires sont requis principalement pour les séjours sur civière à l'urgence et les services hospitaliers spécialisés de deuxième et troisième lignes en santé mentale. L'accès rapide aux services médicaux spécialisés est un support important au bon fonctionnement de la première ligne et aux soins de qualité pour les clients. Des améliorations doivent être portées en ce sens. Tout comme elles sont également nécessaires pour diminuer les durées de séjour des personnes sur civière à l'urgence, principalement pour les personnes de 75 ans et plus et celles souffrant de problèmes mentaux.

ORIENTATION 11

Assurer l'accès aux services thérapeutiques et diagnostiques

Objectifs 2010-2015 :

- Assurer aux personnes en attente d'une chirurgie et inscrites au mécanisme central un accès dans un délai de 6 mois selon le type d'intervention.
- Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur de 28 jours.
- Réduire la durée des séjours sur civière à l'urgence en portant une attention particulière aux personnes de 75 ans et plus et aux personnes présentant des problèmes de santé mentale.

Dans la région du Bas-Sant-Laurent, 20 575 personnes présenteraient une incapacité selon les estimations de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ)[8]. De ce nombre, 48 % sont des personnes âgées de 15 à 64 ans et 3 % sont âgées de 14 ans et moins. Pour leur part, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 49 % des personnes ayant une incapacité. Cette même étude estime à environ 1000 le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle. Finalement, parmi les personnes présentant une incapacité, 18 % présenteraient une incapacité sévère et 28 % une incapacité grave. Les services à ces personnes, qu'elles présentent une déficience physique ou intellectuelle, sont sous la responsabilité des CSSS et des centres de réadaptation spécialisés en déficience intellectuelle ou en déficience physique.

Un délai raisonnable pour l'accès aux services spécialisés en réadaptation passe par une hiérarchisation des services qui tient compte tant des ressources du milieu que des besoins des clients et requiert une excellente collaboration entre les intervenants spécialisés et ceux de la première ligne. Des travaux ont été menés dans la région du Bas-Saint-Laurent pour clarifier les niveaux de services de réadaptation pour les gens ayant une déficience physique ou intellectuelle, mais demandent à être poursuivis pour traduire, dans la réalité de la dispensation des services, l'application des définitions de niveaux d'intervention et de nouveaux modèles d'organisation de services favorisant une pleine participation sociale des personnes ayant une déficience.

Parmi les personnes ayant une déficience, il y en a qui souffrent de multiples problèmes d'origines diverses. Pour ces personnes, il est nécessaire d'améliorer nos mécanismes de concertation afin que la prise en charge soit centrée sur les besoins de la personne plutôt que sur le profil des missions et programmes des établissements.

ORIENTATION 12

Assurer l'accès aux services de base et aux services de réadaptation pour les personnes ayant une déficience

Objectif 2010-2015 :

- Assurer un continuum de services favorisant une pleine participation sociale des personnes ayant une déficience par l'ajustement de l'offre de service.
- Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :
  - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours
  - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR
  - pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an.
- Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et leur famille.
- Développer pour la clientèle multiproblématique un mécanisme de prise en charge centré sur les besoins de la personne allant au-delà des frontières des missions et programmes de chaque établissement.

---

[8] INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006). *L'incapacité et les limitations d'activités au Québec. Un portrait statistique à partir des données de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités 2001 (EPLA).* Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de développement (2005). *Projections de population au 1er juillet, années 2001 à 2026, selon le territoire de CLSC, le sexe et le groupe d'âge.*

L'accès aux services spécialisés dans un temps opportun pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale est crucial pour favoriser le maintien dans leur milieu de vie. Cet accès doit être examiné sous deux angles à savoir un accès selon les standards cliniques reconnus et un accès rapide aux situations urgentes et semi-urgentes. Parmi les outils pouvant favoriser l'atteinte de ces objectifs, la prise en compte de protocoles spécifiques aux situations de santé mentale à l'accueil clinique des établissements et le recours à un psychiatre répondant sont des avenues qui seront privilégiées.

ORIENTATION 13

Assurer l'accès aux services spécialisés pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale

Objectif 2010-2015 :

- Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale, l'accès aux services de 2e et 3e lignes à l'intérieur de 60 jours.
- Assurer, à l'accueil clinique des CSSS visés, la présence d'un protocole spécifique aux besoins de services qui nécessitent une réponse avant 60 jours ainsi que la référence à un psychiatre répondant pour soutenir les CSSS et les équipes médicales de 1re ligne.

Enjeu 4 : La qualité des services et l'innovation

Le domaine de la qualité des services est très englobant et dans sa vision la plus large pourrait être, selon l'auteur Michael Rachlis, la seule cible à viser pour améliorer les services :

> *« Mettez l'accent sur la qualité et observez les autres problèmes disparaître »*[9]
> *(traduction libre)*

Sans perdre de vue le rayonnement très étendu de cet enjeu, nous retenons ici particulièrement les pratiques correspondant à des standards établis, la prestation intégrée et sécuritaire de services et les modalités de dispensation des services générant une satisfaction de la clientèle.

À ces égards, les acquis sont au Bas-Saint-Laurent :

- des standards de pratique implantés, principalement par les quatre projets cliniques en cours;
- un processus de gestion des risques mis en place dans les établissements;
- des taux d'infections nosocomiales relativement stables.

Dans une région comme le Bas-Saint-Laurent, l'enjeu de la qualité doit notamment s'appuyer sur le développement de créneaux d'excellence dans les établissements comme levier de reconnaissance de l'expertise, comme facteur d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre, comme élément favorisant la pérennité de l'offre de service. Au cours des prochaines années, l'Agence et les établissements entendent faire valoir ces créneaux d'expertise et assurer un partage de la connaissance régionale spécifique à ce niveau. Ces créneaux d'expertise pourraient prendre la forme de services spécialisés en traitement de la douleur ou relativement à l'appareil locomoteur, tout comme ils pourraient se situer en intervention spécialisée en santé mentale, en gestion des ressources humaines, en implantation de systèmes d'information, etc.

ORIENTATION 14

Soutenir l'implantation de standards cliniques, le transfert des connaissances et l'innovation

Objectif 2010-2015 :

- Faire le choix de pratiques cliniques probantes susceptibles de mieux répondre aux besoins de la population en lien avec l'INESSS.
- Implanter des mécanismes de partage et de transfert des connaissances sur ces pratiques cliniques recommandées, en association principalement avec le MSSS, le RUIS Laval, les RUIJ en jeunesse, déficience intellectuelle et déficience physique ainsi que le consortium INSPQ-UQAR et les trois agences de l'Est.
- Favoriser par différents moyens la reconnaissance de créneaux d'excellence dans les établissements de la région ainsi que le partage de l'expertise entre les établissements.

---

[9] RACHLIS, Michael. *Prescription for excellence*, Harper Collins Publishers Ltd., 2004, p. 53.

Au cours des dernières années, un accent particulier a été porté à la prestation sécuritaire de services et à la gestion des risques. Des comités de gestion des risques et des gestionnaires sont maintenant présents dans les établissements. Différentes formations ont été offertes de même que des modalités de support clinique aux établissements. Il faut maintenant miser sur le travail accompli et par l'analyse des situations des risques inventoriés et mettre de l'avant des mesures d'atténuation visant à améliorer la qualité des services.

Également, dans ce contexte où plusieurs dimensions et plusieurs angles d'analyse peuvent être pris en compte dans l'analyse de la qualité des services, les objectifs visés par l'Agence tendent à dégager une vision intégrée de la qualité des services. De fait, un des éléments à considérer dans l'analyse de la qualité des services concerne l'intégration des différents volets de la qualité ainsi que des différentes mesures réglementaires, législatives ou administratives qui ont été introduites au cours des dernières années dans ce secteur. Déjà, un premier exercice de fiches de suivi, introduit en 2008-2009, a permis de mettre en perspective les dimensions de la qualité faisant l'objet d'une attention particulière, liées à leur implantation ou à leur mise à niveau. Ce type d'exercice sera donc poursuivi afin de refléter l'atteinte des priorités annuelles dans ce secteur.

ORIENTATION 15

Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services

Objectifs 2010-2015 :

- Maintenir en deçà des seuils établis les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale.
- Améliorer l'application des mesures d'atténuation des risques.
- Faciliter, par le biais de différents moyens, le partage des connaissances et de l'expertise en matière de prestation sécuritaire des services, d'agrément ou de toute autre mesure visant l'amélioration continue de la qualité.

LES ENJEUX ADMINISTRATIFS ET TECHNOLOGIQUES EN SUPPORT AUX ENJEUX CLINIQUES

Enjeu 5 : La mise en réseau des services de santé et des services sociaux

Bien que le concept des réseaux locaux de santé (RLS) gravitant autour de chaque CSSS fasse partie de notre réalité régionale depuis 2004, ces réseaux ne sont pas encore entièrement constitués. Non pas qu'il n'y ait aucune collaboration entre les CSSS et les partenaires, mais il s'agit souvent d'une collaboration *ad hoc*, non formelle et liée aux individus en place. L'implantation d'un véritable réseau suppose une démarche plus formelle et un « leadership » omniprésent exercé par les CSSS. D'autre part, la responsabilité populationnelle qui sous-tend la nécessité pour chaque CSSS de créer son RLS n'est pas entièrement assimilée comme une valeur primordiale devant guider l'action de chaque CSSS. Ainsi, cette responsabilité populationnelle suppose, entre autres, que pour les services non offerts par le CSSS, ce dernier conclut des ententes de service avec d'autres établissements et s'assure de la continuité des services.

Afin de supporter les établissements dans la mise en place de leur réseau local de services, l'Agence a élaboré pour chacun des territoires de la région une fiche sociosanitaire, laquelle présente différentes caractéristiques propres à chacun des RLS.

Par ailleurs, les réseaux locaux de services comptent sur la présence d'organismes communautaires dont plusieurs sont reconnus et financés par l'Agence. Au cours de l'année 2008-2009, l'Agence a levé son moratoire sur la reconnaissance de nouveaux organismes communautaires et l'a assorti d'un plan de financement triennal. Par la présente planification, l'Agence confirme à nouveau son engagement financier à ce niveau soutenant de la sorte la contribution spécifique des organismes communautaires sur les déterminants de la santé et du bien-être.

ORIENTATION 16

Consolider la mise en place des RLS

Objectifs 2010-2015 :

- S'assurer de la présence d'actions spécifiques visant la consolidation des RLS dans la planification stratégique des établissements, principalement les CSSS.
- Soutenir les établissements dans la réalisation de projet de réseautage entre eux, sur des projets ciblés
- Actualiser la consolidation financière de l'enveloppe du programme de soutien financier aux organismes communautaires amorcée en 2009-2010, afin de soutenir leur contribution spécifique sur les déterminants de la santé et du bien-être.

Déjà, lors des travaux menés en 2004 sur la constitution des réseaux locaux de services, l'Agence a reconnu les organismes communautaires comme des partenaires à part entière. Un peu plus tard, dans la foulée de la démarche des projets cliniques, l'Agence allait plus loin en précisant que *« (...) les organismes communautaires sont des acteurs importants en 1re ligne où ils réalisent déjà des activités dans différents domaines. C'est dans le respect de leur spécificité que les organismes communautaires seront appelés par les instances locales à contribuer aux projets cliniques »*.[10] Dans le contexte de sa planification stratégique 2010-2015, l'Agence entend solliciter la contribution du milieu communautaire chaque fois que des activités de formation ou de réseautage visant la consolidation des RSL seront offertes.

[10] AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT. *Les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux au Bas-Saint-Laurent - Guide pour supporter la mise en place de projets cliniques orientés vers l'amélioration de l'état de la santé de la population*, juin 2004, p. 8.

Enjeu 6 : Le développement de la mission universitaire médicale au Bas-Saint-Laurent

Depuis plusieurs années, la région du Bas-Saint-Laurent est activement impliquée dans l'organisation et la formation médicale. Les premières expériences à ce niveau ont principalement été consolidées autour de l'Unité de médecine familiale (UMF) de Rimouski et par la suite de l'UMF des Basques. Les résultats de ces deux expériences témoignent d'un impact important de ces initiatives de formation médicale décentralisée en termes de recrutement et de maintien des effectifs en région. De fait, c'est un peu plus de 50 % des médecins ayant terminé leur formation à l'UMF de Rimouski qui ont maintenu leur pratique médicale dans le Bas-Saint-Laurent. Les résultats de l'UMF des Basques, beaucoup plus récente, tendent à aller dans le même sens (2 sur 3 pour la première cohorte).

Ces initiatives s'inscrivent directement dans des stratégies visant à poursuivre les efforts de recrutement et de rétention des omnipraticiens et à maintenir les efforts de recrutement et de rétention des médecins spécialistes.

C'est fort de ces expériences que la région du Bas-Saint-Laurent s'engage résolument, de concert avec ses partenaires, dans le développement de la mission universitaire médicale dans la région. Cette orientation s'inscrit par ailleurs dans le contexte où les facultés de médecine ayant pratiquement doublé le nombre d'admissions ont généré une importante pression sur les milieux cliniques de formation des établissements à désignation universitaire, de même que sur les médecins y œuvrant. Le déploiement des milieux de formation et de stages est devenu un incontournable, ce qui facilite le développement d'une mission universitaire au Bas-Saint-Laurent. L'implantation d'un pôle de recherche en santé au Bas-Saint-Laurent devrait favoriser la collaboration entre les établissements (avec ou sans désignation universitaire), la Faculté de médecine de l'Université Laval et les agences de la santé et des services sociaux de l'Est-du-Québec, notamment pour l'organisation des corridors de services et d'enseignement. À moyen terme, un tel projet ne peut que faciliter le recrutement et la rétention des médecins dans la région.

ORIENTATION 17

Actualiser la mise en place d'un campus clinique satellite et obtenir une affiliation universitaire

Objectifs 2010-2015 :

- Consolider les partenariats à l'intérieur et à l'extérieur de la région.
- Soutenir les actions du CSSS de Rimouski-Neigette pour atteindre une capacité d'accueil de 24 externes en médecine en 2013.

Enjeu 7 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines

C'est un lieu commun de dire que les ressources humaines sont la plus grande richesse du réseau de la santé et des services sociaux, mais il est pertinent de se le rappeler. Les ressources humaines sont le moteur de la dispensation de services de notre réseau de santé et de services sociaux. Conséquemment, il faut pouvoir doter le réseau d'un nombre adéquat de travailleurs et favoriser leur contribution optimale.

Les éléments de pression à considérer relativement à cet enjeu se situent en lien direct avec le contexte démographique, la disponibilité des ressources humaines, le vieillissement de la main-d'œuvre, la rétention du personnel, la démobilisation des ressources, le contexte économique, la gestion du changement et l'étendue de notre territoire. De plus, la formation et le développement de même que le partage de l'expertise seront à considérer en fonction des nouvelles réalités de nos milieux de travail.

Déjà, l'Agence a été très proactive pour adapter la disponibilité et la compétence de la main-d'oeuvre aux besoins du réseau et s'assurer de sa rétention. Elle a développé une vision intégrée de la planification de la main-d'oeuvre, de la promotion des métiers, de l'inscription et de la rétention scolaire, par une stratégie de recrutement et d'intégration à l'emploi. Ces interventions sont le fruit de multiples collaborations avec des maisons d'enseignement, des syndicats et des établissements du Bas-Saint-Laurent de même qu'avec Emploi-Québec et d'autres agences. Ces efforts, dont les résultats ont pu être appréciés, notamment dans le secteur des soins infirmiers, doivent être maintenus. Compte tenu des impératifs liés à l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre, il devient incontournable de faire des alliances stratégiques avec les milieux d'enseignement.

Au cours des prochaines années, les stratégies gagnantes devront être résolument orientées vers l'accentuation du réseautage entre les établissements au niveau du recrutement, de la rétention et de l'utilisation optimale de la main-d'œuvre.

ORIENTATION 18

Mettre en place les conditions nécessaires à la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée répondant aux besoins de la population de la région

Objectifs 2010-2015 :

- Produire et mettre à jour annuellement le plan régional de main-d'œuvre à partir des plans locaux de main-d'œuvre, et ce, afin de convenir de stratégies d'action interétablissements visant le recrutement, la rétention et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre.
- S'assurer que les établissements aient un plan de développement des ressources humaines.
- Mettre en place des stratégies favorisant la présence au travail du personnel permettant le respect des cibles ministérielles, notamment en assurance salaire, en heures supplémentaires et en main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers.

La contribution optimale des ressources humaines est dépendante, notamment des conditions de travail et du climat de travail. Des projets visant une amélioration de ces facteurs sont en cours dans des établissements de la région, et la résultante des interventions qui s'avéreront prometteuses sera encouragée afin que ceux-ci soient reconnus comme des employeurs de choix.

Les défis à relever, au cours des prochaines années, relativement aux ressources humaines s'inscrivent en continuité avec les enjeux et les orientations énoncés quant à l'organisation des services. Il va sans dire que les objectifs visés ne sauraient être atteints sans le concours des employés qui rendent ces services à la population.

Dans ce contexte, les efforts consentis tant par l'Agence que par les établissements doivent s'inscrire dans des actions convergeant vers des objectifs communs. La vision intégrée de planification de main-d'oeuvre, de promotion des métiers, d'inscription et de rétention scolaire, développée au cours des dernières années, doit se prolonger à travers le présent exercice de planification stratégique. Des alliances et des partenariats seront nécessaires entre les divers acteurs de notre région et hors région afin de créer cette synergie qui est indispensable pour relever le défi de la main-d'œuvre des années futures.

ORIENTATION 19

Offrir des conditions de travail et de pratique attrayantes et valorisantes

Objectifs 2010-2015 :

- Assister les établissements dans des projets de révision de processus d'organisation du travail favorisant l'interdisciplinarité et ainsi favoriser une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail.
- Assister les établissements dans le développement de stratégies favorisant le support nécessaire à l'encadrement des cadres intermédiaires et supérieurs.
- Assister les établissements dans la mise en place de mesures d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre.
- Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail par l'actualisation de Programme de soutien clinique – Volet préceptorat.
- Favoriser la mise en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau en s'appuyant sur les programmes de type *Entreprise en santé* ou d'autres mesures similaires.

Enjeu 8 : Le développement des systèmes d'information en support à l'offre de service

L'intégration des services ne peut véritablement se faire sans le déploiement de systèmes d'information qui les supportent. Chaque professionnel doit avoir en temps réel l'information sur chaque client desservi, et chaque gestionnaire doit pouvoir disposer au besoin d'informations sur les services rendus en temps opportun. Cela suppose d'importantes améliorations au regard de la collecte, du traitement et de la circulation des informations électroniques. La mise en place des systèmes d'information doit donc garantir l'accessibilité, la disponibilité, l'intégrité, la confidentialité et la sécurité des informations.

Pour atteindre ces objectifs et pour que les systèmes d'information qui soutiennent la circulation des informations s'intègrent à la prestation des soins et des services et facilitent le travail des professionnels et gestionnaires du réseau, l'Agence a entrepris la révision de son *Plan stratégique régional des ressources informationnelles*. Axée sur la prise en compte des besoins des cliniciens et des gestionnaires, la visée de cet exercice consiste notamment à favoriser une plus grande intégration des systèmes existants et futurs afin d'améliorer significativement la circulation des informations et par voie de conséquence, la qualité et la continuité des soins et des services dispensés.

Également, comme l'un des défis majeurs de l'implantation des technologies de l'information consiste à les intégrer dans les pratiques des intervenants, la gestion de projet et la gestion du changement seront au cœur des préoccupations de cette planification.

Finalement, puisque les technologies de l'information ainsi que les applications cliniques et de gestion sont en changement continuel, la planification attendue devra mettre l'accent également sur l'optimisation de l'utilisation des équipements et des solutions en place, le tout dans une vision d'intégration à l'échelle locale, régionale et nationale.

ORIENTATION 20

Assurer l'accès, la circulation et l'intégration des informations cliniques

Objectifs 2010-2015 :

- Favoriser au plan régional la mise en place de systèmes d'information soutenant les pratiques cliniques et de gestion.
- Favoriser une utilisation optimale des ressources informationnelles misant notamment sur la mise en place de meilleures pratiques prenant en compte :
  - la priorité à accorder au DSQ;
  - le moratoire de juin 2010 sur les nouveaux projets en technologie de l'information;
  - la non-disponibilité en 2010-2011 de fonds issus du Plan quinquennal d'investissements en technologie de l'information.
- Soutenir l'utilisation des dossiers médicaux électronique (DME) dans les cliniques médicales et des dossiers cliniques informatisées (DCI) dans les établissements.

UN ENJEU TRANSVERSAL SUR LA PERFORMANCE

Enjeu 9 : La performance globale du système de santé et de services sociaux

Le rôle de l'Agence au regard de la performance globale du système de santé et de services sociaux se décline en trois principaux volets. Le premier rôle auquel l'Agence entend s'attarder avec la présente planification est celui de la performance clinique. De fait, bien au-delà de la performance financière, la performance que le réseau doit rechercher est celle de l'utilisation optimale des ressources cliniques. Cela passe par une recherche et une référence constante aux meilleures pratiques cliniques. L'orientation 14 visant à soutenir l'implantation des standards cliniques, le transfert des connaissances et l'innovation va dans ce sens. Cependant, cette orientation doit prolonger son application à travers les modes d'allocation des ressources financières.

Par ailleurs, au cours des deux dernières années, le Commissaire à la santé et au bien-être a réalisé des analyses du système de santé basé sur un modèle de prise en compte de performance clinique[11]. De même, certaines régions expérimentent des modalités d'analyse de la performance clinique, tout comme des modèles en émergence qui sont vus comme prometteurs dans le réseau (approche LEAN). La visée de l'Agence à ce sujet est de développer une approche de prise en compte de la performance clinique intégrant différentes dimensions et tirant profit de ce qui existe actuellement.

Le second rôle de l'Agence est celui de l'allocation financière aux établissements. La performance financière du réseau régional repose, entre autres, sur la justesse avec laquelle les allocations sont attribuées aux établissements. À cet égard, l'Agence poursuivra un exercice d'équité intrarégionale dans les programmes « clientèles », basé sur les écarts de coûts entre l'offre de service attendue (liée aux besoins) et l'offre de service actuelle.

Le troisième rôle est de contrôler les budgets alloués et les subventions octroyées. La recherche de la performance s'inscrit dans cette responsabilité. Le réseau régional de santé et de services sociaux évolue dans un univers matériel dont l'utilisation optimale requiert une planification la plus adéquate possible. Nous estimons nécessaire, dans le présent exercice, de réaliser un plan directeur immobilier (PDI) intégrant les composantes locales et régionales. Ce plan comporte une première composante de maintien du parc immobilier existant (PCFI : plan de conservation et de fonctionnalité immobilière) et une seconde sur un plan immobilier tenant compte de l'évolution des besoins cliniques (PEI : plan d'évolution du parc immobilier).

•

---

[11] COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE. *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2009. Améliorer notre système de santé et de services sociaux*, quatre volumes, dont une analyse sur la première ligne de soins.
COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE. *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010. L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitorage*, quatre volumes, dont une analyse portant sur les maladies chroniques.

La recherche de la performance suppose également une analyse continue des éléments de fonctionnement des établissements afin d'identifier et d'actualiser des pistes d'optimisation. Dans cette optique, l'Agence agira en support aux établissements dans l'élaboration, pour chacun d'eux, d'un plan d'amélioration continue de la performance financière.

ORIENTATION 21

Optimiser l'utilisation des ressources financières et matérielles

Objectifs 2010-2015 :

- Assurer la prise en compte des meilleures pratiques et des analyses de performance clinique dans les modalités d'allocation de ressources financières aux établissements.
- Supporter les établissements dans l'élaboration d'un plan d'amélioration continue de la performance financière qui prend notamment en compte la performance clinique.
- Assurer une allocation équitable des ressources.
- Mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources.
- Produire un plan directeur immobilier intégré (régional et local).

Un aspect sur lequel nous tenons à porter une attention particulière, c'est la nécessaire réflexion sur le bien-fondé de partager des responsabilités et des services entre les établissements et entre les agences. Compte tenu de la démographie de notre région et de nos disponibilités financières, ces éventuels partages nous apparaissent comme des garanties d'une offre de service plus efficiente tout en maintenant une accessibilité optimale.

ORIENTATION 22

Analyser les partages pertinents de services interétablissements et interAgences

Objectifs 2010-2015 :

- Analyser avec d'autres agences les convergences possibles.
- Supporter et alimenter la réflexion des établissements du Bas-Saint-Laurent sur un partage de services.

L'Agence a également un devoir de suivi, d'évaluation et de retour de l'information aux personnes concernées au regard de sa propre planification. Il faut également se préoccuper d'évaluation d'efficacité (effets) et ajuster les interventions aux résultats observés. Ce n'est que de cette façon que nous pourrons améliorer la performance.

ORIENTATION 23

Développer une culture de l'évaluation

Objectifs 2010-2015 :

- Supporter les établissements dans des activités d'évaluation des services offerts en misant notamment sur le partenariat le RUIS Laval, les RUIJ en jeunesse, déficience intellectuelle et déficience physique ainsi que le consortium INSPQ-UQAR et les trois agences de l'Est.
- Dresser annuellement un bilan évaluatif des objectifs poursuivis dans la planification stratégique 2010-2015, apporter les ajustements nécessaires et en rendre compte.

LE PLAN D'IMPLANTATION

Le plan stratégique fixe les enjeux, les orientations et les objectifs. Pour en arriver à l'actualisation de ces objectifs, différents moyens doivent être mis en place par chaque direction de l'Agence responsable de ces enjeux respectifs. Toutefois, un important travail interdirections doit avoir lieu pour le choix et l'actualisation des moyens. Ainsi, s'il appert légitime que la Direction des ressources matérielles, financières et informationnelles prenne en charge l'enjeu sur la performance du réseau, il s'avère aussi que cette direction doit impliquer toutes les autres directions de l'Agence pour déterminer les moyens requis pour atteindre les objectifs. Il en va de même pour l'enjeu sur les services de première ligne qui relève de la Direction de santé publique et des soins de santé primaires, mais nécessite la collaboration de la Direction des affaires médicales, universitaires et des services hospitaliers de même que de la Direction des ressources humaines.

Cette mobilisation des ressources propre à l'Agence ne saurait produire les effets escomptés sans la mobilisation des établissements et des partenaires de notre réseau de services. Cette mobilisation, l'Agence la réalisera à travers les structures de concertation déjà en place où la Table des directrices générales et directeurs généraux des établissements sera sollicitée comme instance principale de détermination des grands chantiers à mettre de l'avant et des résultats à livrer. Les autres structures de concertation, telles les tables régionales des projets cliniques, des ressources humaines, financières ou autres, seront également mobilisées. Au besoin, des comités *ad hoc* de travail seront mis sur pied pour faire avancer des dossiers spécifiques.

Par ailleurs, au-delà de cette mobilisation, l'entente de gestion entre l'Agence et les établissements sera le véhicule privilégié pour assurer le suivi des cibles fixées.

Également, en prenant en considération qu'une planification stratégique doit être évolutive, une évaluation annuelle sera réalisée eu égard à l'atteinte des cibles fixées, et les ajustements requis seront apportés.

L'annexe 2 présente un sommaire des enjeux et objectifs et identifie, pour chacun, des indicateurs et des cibles.

CONCLUSION

Notre système de santé accorde un accès équitable pour tous aux meilleurs soins possibles et fait l'envie de nombreux citoyens à travers le monde. Il constitue un acquis à préserver et à améliorer. Nous sommes convaincus qu'en travaillant avec les médecins et les employés du réseau, avec les organismes communautaires et avec nos nombreux partenaires intersectoriels, nous pouvons catalyser les actions sur les déterminants de la santé et améliorer l'offre de service, rehaussant ainsi le niveau de santé et de bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent.

C'est ce à quoi nous convie cette planification 2010-2015. Nous souhaitons que la vision que nous y présentons et les éléments d'amélioration que nous proposons donnent un véritable sens au travail de chaque médecin et de chaque employé du réseau et renforcent la volonté de collaboration de nos partenaires.

Par ailleurs, il est important de retenir que les objectifs déterminés dans cette planification qui sollicite chacun des établissements de la région ont été élaborés en prenant en considération l'environnement budgétaire actuel du réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Dans le contexte de l'évolution des finances de l'État québécois, l'atteinte des objectifs fixés pourrait être ajustée selon les disponibilités financières qui seront mises à la disposition de la région.

ANNEXE 1

RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES

DU BAS-SAINT-LAURENT

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent

Caractéristiques générales

Territoire	Kamouraska	Rivière-du-Loup	Témiscouata	Les Basques	Rimouski-Neigette	La Mitis	La Matapédia	Matane	Total
Population 2010									
0-17 ans	3 797	6 104	3 793	1 414	9 241	3 524	3 491	3432	**34 796**
18-64 ans	13 659	22 189	13 404	5 582	35 360	12 353	11 924	14 202	**128 673**
65-74 ans	2 221	3 209	2 307	1 147	5 034	1 905	1 791	2 530	**20 144**
75 ans et +	2 102	2 929	1 838	1 036	4 463	1 675	1 661	1 959	**17 663**
Total	21 779	34 431	21 342	9 179	54 098	19 457	18 867	22 123	**201 276**
Population 2015									
0-17 ans	3 635	6 145	3 503	1 261	8 978	3 400	3 226	3 192	**33 340**
18-64 ans	12 947	21 649	12 496	5 072	33 750	11 952	11 244	13 300	**122 410**
65-74 ans	2 830	4 213	2 820	1 499	6 777	2 481	2 311	3 239	**26 170**
75 ans et +	2 192	3 299	1 992	1 065	5 062	1 745	1 728	2 217	**19 300**
Total	21 604	35 306	20 811	8 897	54 567	19 578	18 509	21 948	**201 220**
Nombre de municipalités	17	13	20	11	9	16	18	11	**114**
Personnel (ETC)	464	1 167	412	217	1 797	577	371	669	**6 343**
Cliniques médicales	5	6	4	1	15	3	5	7	**43**
GMF	-	2	1	1	1	1	1	1	**8**
Pharmacies	5	10	8	3	16	5	4	4	**55**
Organismes communautaires	14	20	18	7	36	13	13	13	**134**
Résidences pour personnes âgées	30	25	22	14	18	19	18	23	**169**

Source pour la population : Institut de la statistique du Québec. Perspective démographique du Québec et des régions, 2006-2056, édition 2009.

ANNEXE 2

SOMMAIRE DES ENJEUX, OBJECTIFS,

INDICATEURS ET CIBLES

ANNEXE 2

SOMMAIRE DES ENJEUX, OBJECTIFS, INDICATEURS ET CIBLES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles
Enjeu 1 : L'action concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être			
1. Consolider l'action sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être	Mettre à jour le Plan d'action régional (PAR) de santé publique en conformité avec le Programme national de santé publique	Pourcentage des activités du PNSP implantées	85% des activités implantées d'ici 2015
	Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de la 1re ligne en donnant priorité aux problèmes suivants : ▪ infections transmissibles sexuellement et par le sang ▪ habitudes de vie et maladies chroniques ▪ chutes chez les personnes âgées ▪ suicide	Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	85 % des pratiques cliniques préventives prioritaires en 2015
	Dans le cadre du développement de communautés en santé, optimiser les mécanismes de concertation et développer des actions de continuité des services visant à lutter contre la pauvreté, le décrochage scolaire et l'exclusion sociale des jeunes (de la planification des naissances à 30 ans), par le regroupement COSMOSS	Nombre de plans locaux révisés annuellement visant la résolution des problématiques de continuité de services aux jeunes et à leur famille	8 à chaque année
		Nombre d'interventions locales annuelles faites en partenariat s'inscrivant dans l'un des cinq enjeux du regroupement COSMOSS	5 par MRC, par année
	Dans le cadre de l'offre de service aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et de consolidation des RLS, prévoir des actions visant la mise en place d'activités intersectorielles et concertées soutenant le vieillissement actif	Nombre d'activités intersectorielles et concertées réalisées	Augmentation

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles
Enjeu 2 : La primauté des services de 1re ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services			
2. ***Améliorer l'accès aux services médicaux de 1re ligne***	Doter tous les CSSS d'au moins un GMF	Nombre de CSSS ayant un GMF	8 en 2011
	Augmenter la proportion de la population inscrite à un GMF	Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille pratiquant en GMF ou hors GMF	70 % de la population d'ici 2015
	Soutenir l'intégration des professionnels autres que les médecins et les infirmières dans les GMF	Nombre de projets d'intégration de professionnels dans les GMF	1 projet par territoire de CSSS d'ici 2012
	Assurer une répartition équitable des médecins de famille en lien avec les travaux du PREM	Degré d'atteinte des cibles de recrutement de nouveaux médecins dans le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille.	80 %
	Intégrer progressivement des infirmières praticiennes spécialisées en soins de 1re ligne dans le continuum de soins	Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de 1re ligne intégrées dans les équipes de chaque CSSS	12 d'ici 2015
3. ***Maintenir et renforcer les services Info-Santé et l'accès à un service téléphonique pour les personnes éprouvant des problèmes psychosociaux***	Compléter l'inscription des clientèles vulnérables au service Info-Santé	Pourcentage des clientèles vulnérables inscrites	85 % en 2012
	Confirmer le mandat des CSSS pour l'accès téléphonique pendant les heures d'ouverture des services pour les personnes éprouvant des problèmes psychosociaux	Nombre de CSSS offrant une réponse téléphonique sur les heures d'ouverture pour les personnes éprouvant des problèmes psychosociaux	8 CSSS en 2011
	Donner rapidement accès aux personnes éprouvant des problèmes psychosociaux à un service téléphonique, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, selon une formule optimale en tenant compte de la disponibilité de l'expertise, de l'imputabilité des CSSS et des marges de manœuvre financières requises.	Nombre de CSSS où les citoyens éprouvant des problèmes psychosociaux ont accès à un service téléphonique en tout temps	8 en 2015
		Pourcentage des appels téléphoniques en matière de services psychosociaux qui ont obtenu une réponse dans un délai de 4 minutes ou moins	90 % en 2015

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles
4. Assurer la continuité des services dispensés aux clientèles atteintes de maladies chroniques ou de cancer	Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un suivi systématisé	Nombre de CSSS offrant un suivi systématisé des clientèles atteintes de maladies chroniques	8 en 2012
	Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et leurs proches	Nombre de CSSS ayant une équipe interdisciplinaire et offrant le service d'un intervenant pivot dans le suivi des personnes atteintes de cancer	8 en 2012
		Pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une infirmière pivot dans un délai de 48 heures	70 % des personnes d'ici 2015
	Optimiser progressivement le rôle du pharmacien dans la communauté dans un contexte de collaboration interprofessionnelle	Nombre de projets développés dans chaque CSSS	1 projet par CSSS en 2015
	Assurer la fluidité et la continuité des services médicaux entre la 1re, la 2e et la 3e ligne	Nombre de CSSS à vocation supralocale ayant un mécanisme de référence aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les médecins de famille de la région	2 en 2015
		Nombre d'ententes formelles sur des corridors de services	Augmentation régionale globale en 2015
	Renforcer le rôle des infirmières de GMF et assurer la participation des infirmières praticiennes spécialisées au continuum de soins de manière coordonnée avec les infirmières impliquées dans les cliniques d'enseignement et en suivi systématique	Nombre de projets réalisés avec les GMF Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées impliquées dans les continuums	9 en 2015 6 en 2015
5. Assurer la continuité des services aux jeunes en difficulté	Intervenir de façon concertée, par le biais d'ententes et de mécanismes d'accès, afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté	Nombre de territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert	8 en 2015
		Nombre de territoires locaux où des mesures d'intervention de crise et de suivi intensif sont offerts	8 en 2015
		Taux de resignalement suivant la fin de l'application des mesures en protection de la jeunesse	Diminution
		Durée moyenne des placements	Diminution
	Favoriser la continuité des soins et la stabilité des liens pour les enfants placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse	Nombre moyen de déplacements vécus par l'enfant/jeune au cours d'une période de 3 ans à compter de sa prise en charge	Diminution

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles
6. ***Assurer la continuité de services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale et aux prises avec une problématique d'abus ou de dépendance***	Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de 1re ligne par une équipe interdisciplinaire et par une action intersectorielle concertée	Nombre de jeunes et d'adultes souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS	2 % des jeunes et des adultes rejoints d'ici 2015
		Pourcentage de personnes dont les services ont débuté à l'intérieur de 30 jours	90 % des personnes traitées à l'intérieur du délai d'ici 2015
	Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves	Nombre moyen d'adultes ayant reçu : ▪ un suivi intensif dans le milieu (SIM) ▪ des services de soutien d'intensité variable 70 places/100 000 en SIM et 250 places/100 000 adultes pour le SIV	▪ 70 places/100 000 adultes en SIM [12] ▪ 250 places/100 000 adultes pour le SIV
	Déterminer les mécanismes et les trajectoires de services pour assurer l'offre de service en dépendance, autant pour les services de base que pour les services spécialisés	Adoption par la Table des directrices générales et directeurs généraux d'un document portant sur l'organisation des services en dépendance et précisant le mécanisme et les trajectoires	2012
		Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique de 1re ligne offerts par les CSSS	Augmentation
	Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	Pourcentage des personnes qui sont évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	80 % des personnes d'ici 2015
	Poursuivre la mise en place d'un réseau de services pour la clientèle jeune et la clientèle adulte présentant des problèmes de santé mentale dans chaque RLS.	Nombre d'ententes de service	1 par CSSS en 2013

[12] Les cibles ministérielles visent à ce qu'il y ait, dans les secteurs urbanisés, 100 places/100 000 adultes pour le SIM et 250 places/100 000 adultes pour le SIV. Notre proposition à ce niveau est de maintenir des cibles antérieures qui sont réalistes eu égard au niveau de ressources disponibles dans la région, particulièrement pour le SIM.

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles
7. Améliorer l'intégration et la coordination des services offerts aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	Poursuivre la mise en place des composantes d'un réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie dans chaque territoire de CSSS	Degré d'implantation des composantes du réseau	40 % dans chaque CSSS en 2012 et 55 % en 2015
	Réviser le plan de mise en oeuvre régional 2005-2010, toujours dans l'optique d'un maintien ou d'un rétablissement optimal de l'autonomie des personnes, en poursuivant : ▪ prioritairement une implantation en milieu hospitalier tout en encourageant les initiatives favorisant une implantation dans les services de soutien à domicile incluant les services en centre de jour ▪ le rehaussement de l'offre de service aux personnes atteintes de déficits cognitifs et à leurs proches, et ce, dans une optique de suivi systématique ▪ la prévention des chutes	Nombre de CSSS ayant mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation d'une approche gériatrique	60 % des CH d'ici 2015
		Nombre d'heures de répit offertes à domicile aux proches de personnes atteintes de déficits cognitifs, dans chaque CSSS	Augmentation
	Collaborer à la mise en place de mesures intersectorielles soutenant les proches aidants	Nombre de mesures mises en place à la suite des interventions réalisées en partenariat intersectoriel	Augmentation
8. Améliorer l'accessibilité et la qualité des services de soutien à domicile et offrir des milieux de vie diversifiés et adaptés aux besoins des clientèles ayant des besoins spécifiques	Définir dans un cadre régional l'offre de service à domicile pour toutes les clientèles en précisant la contribution des usagers en concordance avec le cadre ministériel	Adoption d'un cadre régional par le C.A. de l'Agence	2012
	Atteindre les cibles ministérielles sur la proportion des personnes rejointes par des services de soutien à domicile dans les différentes clientèles et sur l'intensité des services	Nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services (CSSS)	Augmentation de 10 % d'ici 2015
	Diversifier l'offre de service par le développement de milieux de vie communautaire adaptés aux clientèles ayant des besoins spécifiques[13]	Nombre de logements adaptés disponibles dans la communauté pour des personnes ayant des besoins spécifiques	Présence dans chaque CSSS de logements adaptés

[13] Notre réseau de RTF et de RI étant bien implanté, il nous est apparu important de privilégier des milieux de vie communautaire en termes de développement. Le réseau des RTF et RI sera de ce fait plus examiné en termes de consolidation ou d'adaptation à des problématiques spécifiques.

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles
9. Consolider l'organisation des services en soins palliatifs de fin de vie	Assurer un continuum de dispensation de services en soins palliatifs de fin de vie dans chaque territoire de CSSS, quel que soit le lieu de dispensation des services, mais en favorisant le soutien à domicile	Présence d'une personne assumant la responsabilité de la coordination des demandes en soins palliatifs de fin de vie	2010
		Présence de professionnels identifiés comme membres d'une équipe en soins palliatifs de fin de vie	2010
		Pourcentage de décès à domicile	25 % en 2015
	Rendre accessibles dans chaque territoire de CSSS des lits dédiés aux soins palliatifs de fin de vie pour la population du territoire en respectant les critères pour la désignation de tels lits	Nombre de lits disponibles dans chaque MRC	En 2011 : Rivière-du-Loup : 4 Les Basques : 2 Kamouraska : 3 Témiscouata : 3 Rimouski-Neigette : 6 Matane : 3 La Mitis : 3 La Matapédia : 3
Enjeu 3 : Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services			
10. Assurer une répartition et une organisation optimale des ressources médicales spécialisées	Assurer une répartition équitable des médecins spécialistes en lien avec les travaux du PREM 5 ans	Degré d'atteinte des cibles de recrutement de nouveaux médecins spécialistes dans le Plan régional d'effectifs médicaux spécialistes (PREM)	80 %
	Soutenir la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée dans son mandat d'organisation des services médicaux spécialisés	Adoption d'un plan d'organisation des services médicaux spécialisés couvrant les besoins régionaux	2015
11. Assurer l'accès aux services thérapeutiques et diagnostiques	Assurer aux personnes en attente d'une chirurgie et inscrites au mécanisme central un accès dans un délai de 6 mois selon le type d'intervention	Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central, traitées à l'intérieur de 6 mois selon le type d'intervention pour : ▪ une chirurgie d'un jour ▪ une chirurgie avec hospitalisation ▪ une arthroplastie totale de la hanche ▪ une arthroplastie totale du genou ▪ une cataracte	90 % des personnes
	Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur de 28 jours	Pourcentage de personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en : ▪ radio-oncologie ▪ chirurgie oncologique ▪ chimiothérapie/traitements systémiques	90 % des personnes

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles
	Réduire la durée des séjours sur civière à l'urgence en portant une attention particulière aux personnes de 75 ans et plus et aux personnes présentant des problèmes de santé mentale	Pour toutes les clientèles sur civière : ▪ pourcentage des séjours de 24 h et plus sur civière ▪ pourcentage des séjours de 48 h et plus sur civière ▪ séjour moyen sur civière	Au plus 15 % des séjours d'ici 2015 Moins de 1 % des séjours d'ici 2015 12 h ou moins
12. Assurer l'accès aux services de base et aux services de réadaptation pour les personnes ayant une déficience	Assurer un continuum de services favorisant une pleine participation sociale des personnes ayant une déficience par un ajustement de l'offre de service	Nombre d'ententes de partenariat entre les CR et les CSSS	8 en 2012
	Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an	Pourcentage de personnes ayant une déficience, traitées dans les délais établis : ▪ niveau de priorité urgente : 3 jours ▪ niveau de priorité élevée : 30 jours ▪ niveau de priorité modérée : 1 an	90 % des personnes d'ici 2015
	Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et leur famille	Nombre de personnes ayant une déficience pour qui, dans l'année de référence, un plan de services individualisé (PSI) : ▪ a été élaboré par un CR ▪ a impliqué le CSSS	Augmentation
	Développer pour la clientèle multiproblématique un mécanisme de prise en charge centré sur les besoins de la personne allant au-delà des frontières des missions et programmes de chaque établissement	Adoption par la Table des DG d'un mécanisme de prise en charge de la clientèle multiproblématique	2011

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles
13. Assurer l'accès aux services spécialisés pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale	Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès aux services spécialisés de 2e et 3e lignes à l'intérieur de 60 jours	Pourcentage de personnes dont les services ont débuté à l'intérieur de 60 jours	90 % des personnes traitées à l'intérieur du délai d'ici 2015
	Assurer, à l'accueil clinique des CSSS visés, la présence d'un protocole spécifique aux besoins de services qui nécessitent une réponse avant 60 jours ainsi que la référence à un psychiatre répondant pour soutenir les CSSS et les équipes médicales de 1re ligne.	Protocole clinique en place aux CSSS de Rimouski-Neigette et de Rivière-du-Loup[14]	2012
Enjeu 4 : La qualité des services et l'innovation			
14. Soutenir l'implantation de standards cliniques, le transfert des connaissances et l'innovation	Faire le choix de pratiques cliniques probantes susceptibles de mieux répondre aux besoins de la population en lien avec l'INESSS	Nombre de pratiques cliniques ou de guides diffusés par chaque CSSS	Augmentation
	Implanter des mécanismes de partage et de transfert des connaissances sur ces pratiques cliniques recommandées, en association principalement avec le MSSS, le RUIS Laval, les RUIJ en jeunesse, déficience intellectuelle et déficience physique ainsi que le consortium INSPQ-UQAR et les trois agences de l'Est	Nombre de mécanismes mis en place	Augmentation
	Favoriser par différents moyens la reconnaissance de créneaux d'excellence dans les établissements de la région ainsi que le partage de l'expertise entre les établissements	Adoption par l'Agence et les établissements d'un cadre de reconnaissance de créneaux d'excellence dans tous les aspects de l'intervention en santé et services sociaux Réalisation d'activités de partage de l'expertise entre les établissements de la région	2013 Augmentation
15. Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	Maintenir en deçà des seuils établis les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale	Pourcentage des centres hospitaliers ayant des taux inférieurs ou égaux aux taux établis	90 % d'ici 2015
	Améliorer l'application des mesures d'atténuation des risques	Identification et application des mesures d'atténuation de risques	100 % des établissements en 2015

[14] Pour des motifs cliniques, le concept de **l'accueil clinique** est limité dans la région aux CSSS de Rimouski-Neigette et de Rivière-du-Loup.

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles
	Faciliter par le biais de différents moyens le partage des connaissances et de l'expertise en matière de prestation sécuritaire des services, d'agrément ou de toute autre mesure visant l'amélioration continue de la qualité	Nombre d'interventions ou d'outils visant le partage de l'expertise mise en place	Augmentation
Enjeu 5 : La mise en réseau des services de santé et des services sociaux			
16. Consolider la mise en place des RLS	S'assurer de la présence d'actions spécifiques visant la consolidation des RLS dans la planification stratégique des établissements, principalement les CSSS	Nombre d'établissements ayant inscrit des actions de réseautage dans leur planification stratégique	10 d'ici 2011-2012
	Soutenir les établissements dans la réalisation de projet de réseautage entre eux sur des projets ciblés.	Nombre d'interventions d'accompagnement	Augmentation
	Actualiser la consolidation financière de l'enveloppe du programme de soutien financier aux organismes communautaires amorcée en 2009-2010, afin de soutenir leur contribution spécifique sur les déterminants de la santé et du bien-être	Proportion du financement prévu réellement allouée à la reconnaissance de nouveaux organismes communautaires ou à la consolidation d'organismes existants	Bilan annuel des analyses réalisées 100 % en 2010-2011 100 % en 2011-2012
Enjeu 6 : Le développement de la mission universitaire médicale au Bas-Saint-Laurent			
17. Actualiser la mise en place d'un campus clinique satellite et obtenir une affiliation universitaire	Consolider les partenariats à l'intérieur et à l'extérieur de la région	Nombre de CSSS partenaires du projet	2 et plus en 2012
	Soutenir les actions du CSSS de Rimouski-Neigette pour atteindre une capacité d'accueil de 24 externes en médecine en 2015	Participation au comité de pilotage et accompagnement dans les actions retenues par le comité	Maintien de la participation et des mesures d'accompagnement
Enjeu 7 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines			
18. Mettre en place les conditions nécessaires à la disponibilité d'une main-d'oeuvre qualifiée répondant aux	Produire et mettre à jour annuellement le plan régional de main-d'oeuvre à partir des plans locaux de main-d'œuvre, et ce, afin de convenir de stratégies d'action interétablissements visant le recrutement, la rétention et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre	Présence d'un plan régional de main-d'œuvre Présence d'un plan local de main-d'oeuvre	Annuel 100 % des établissements
	S'assurer que les établissements aient un plan de développement des ressources humaines	Pourcentage d'établissements ayant un plan de développement des ressources humaines mis à jour annuellement et déposé à l'Agence	100 % en 2012 et années suivantes

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles
besoins de la population de la région	Mettre en place des stratégies favorisant la présence au travail du personnel permettant le respect des cibles ministérielles, notamment en assurance salaire, en heures supplémentaires et en main-d'oeuvre indépendante en soins infirmiers	Ratio d'heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires Pourcentage des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées (soins infirmiers, autres secteurs à préciser)	Diminution de 7,1 % d'ici 2015 (5,18 % d'ici 2015) Diminution de 10 % d'ici 2015 Diminution de 25 % en soins infirmiers d'ici 2015
19. Offrir des conditions de travail et de pratique attrayantes et valorisantes	Assister les établissements dans des projets de révision de processus d'organisation du travail favorisant l'interdisciplinarité et ainsi favoriser une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services de réorganisation du travail	100 % des établissements d'ici 2015
	Assister les établissements dans le développement de stratégies favorisant le support nécessaire à l'encadrement des cadres intermédiaires et supérieurs	Nombre de mesures mises en place par les établissements	1 mesure par établissement, par année
	Assister les établissements dans la mise en place de mesures d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre	Nombre de mesures appliquées par les établissements Nombre de personnes participant aux mesures de préceptorat et de mentorat	1 mesure par établissement, par année Augmentation
	Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail par l'actualisation de Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	Pourcentage des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle de type de Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	100 % d'ici 2015
	Favoriser la mise en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau en s'appuyant sur les programmes de type *Entreprise en santé* ou d'autres mesures similaires	Pourcentage des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	50 % d'ici 2015 100 % des établissements d'ici 2015

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles
Enjeu 8 : Le développement des systèmes d'information en support à l'offre de service			
20. Assurer l'accès, la circulation et l'intégration des informations cliniques	Favoriser au plan régional la mise en place de systèmes d'information soutenant les pratiques cliniques et de gestion	Adoption par le C.A. de l'Agence du *Plan stratégique régional des ressources informationnelles (RI) 2010-2015*	2010
	Favoriser une utilisation optimale des ressources informationnelles misant notamment sur la mise en place de meilleures pratiques prenant en compte : ▪ la priorité à accorder au DSQ ▪ le moratoire de juin 2010 sur les nouveaux projets en technologie de l'information ▪ la non-disponibilité en 2010-2011 de fonds issus du *Plan quinquennal d'investissements en technologie de l'information*	Inclusion de l'objectif dans le *Plan stratégique régional des RI*	2010
	Soutenir l'utilisation des dossiers médicaux électroniques (DME) dans les cliniques médicales et des dossiers cliniques informatisés (DCI) dans les établissements	Nombre de GMF qui utilisent un dossier médical électronique (DME) Pourcentage d'établissements qui utilisent une solution informatique de DCI	100 % des GMF d'ici 2015 50 % des établissements d'ici 2015
Enjeu 9 : La performance globale du système de santé et de services sociaux			
21. Optimiser l'utilisation des ressources financières et matérielles	Assurer la prise en compte des meilleures pratiques et des analyses de performance clinique dans les modalités d'allocation de ressources financières aux établissements	Adoption par l'Agence d'une méthode d'analyse de la performance clinique intégrant progressivement différentes dimensions en usage dans le réseau Nombre de programmes - services où des analyses de performance clinique sont partiellement ou totalement prises en compte dans l'allocation des ressources	2012 75 % des programmes - services d'ici 2015
	Supporter les établissements dans l'élaboration d'un plan d'amélioration continue de la performance financière qui prend notamment en compte la performance clinique	Nombre de plans d'amélioration continue de la performance financière prenant notamment en compte la performance clinique	10 en 2013
	Assurer une allocation équitable des ressources	Adoption par le comité de direction de l'Agence d'un cadre d'allocation de ressources, basé sur un exercice d'équité intrarégionale	2012

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles
	Mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources	Pourcentage des établissements ayant réalisé un projet d'optimisation de l'utilisation des ressources	75 % ou plus des établissements d'ici 2015
	Produire un plan directeur immobilier intégré (régional et local)	Nombre de plans immobiliers	10 plans locaux et 1 plan régional en 2015
22. Analyser les partages pertinents de services inter-établissements et interAgences	Analyser avec d'autres agences les convergences possibles	Nombre de projets conjoints réalisés	2 en 2015
	Supporter et alimenter la réflexion des établissements du Bas-Saint-Laurent sur un partage de services	Nombre de projets conjoints réalisés	Augmentation
23. Développer une culture de l'évaluation	Supporter les établissements dans des activités d'évaluation des services offerts en misant notamment sur le partenariat le RUIS Laval, les RUIJ en jeunesse, déficience intellectuelle et déficience physique ainsi que le consortium INSPQ-UQAR et les trois agences de l'Est	Nombre d'activités d'évaluation réalisées	Augmentation
	Dresser annuellement un bilan évaluatif des objectifs poursuivis dans la planification stratégique 2010-2015, apporter les ajustements nécessaires et en rendre compte	Présence du bilan évaluatif et mention de sa transmission aux DG dans les comptes rendus des rencontres de la Table des DG	Annuellement